

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1959

THÈSE

N°

856

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques VARLET

Né le 20 Avril 1929, à Paris-6^e

Présentée et soutenue publiquement le 21 octobre 1959

**A PROPOS
DU SYNDROME DE SHEEHAN
(DEUX OBSERVATIONS)**

Président : M. LACOMME, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
— 1959

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : VARLET

Prénom : JACQUES

Date de soutenance : 21 octobre 1959

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

VARLET (JACQUES) - A propos du syndrome de Sheehan
Deux observations. — Paris,
Imp. R. Foulon, 1959, in-8°,
35 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1959, N°).

VARLET (JACQUES) - A propos du syndrome de Sheehan
Deux observations. — Paris,
Imp. R. Foulon, 1959, in-8°,
35 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1959, N°).

VARLET (JACQUES) - A propos du syndrome de Sheehan
Deux observations. — Paris,
Imp. R. Foulon, 1959, in-8°,
35 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1959, N°).

VARLET (JACQUES) - A propos du syndrome de Sheehan
Deux observations. — Paris,
Imp. R. Foulon, 1959, in-8°,
35 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1959, N°).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1959

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques VARLET

Né le 20 Avril 1929, à Paris-6^e

Présentée et soutenue publiquement le 21 octobre 1959

**A PROPOS
DU SYNDROME DE SHEEHAN
(DEUX OBSERVATIONS)**

Président : M. LACOMME, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1959

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN : Léon BINET. *Membre de l'Institut*

1^{er} ASSESSEUR : Gaston CORDIER — 2^e ASSESSEUR : Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.), SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Éducat. phys. et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.), BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.), DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale .	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.), POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pathologie chirurgicale	
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales :	
<i>Beaujon</i> : LORTAT-JACOB (J.-L.) — <i>Cochin</i> : LÉGER (L.), ABOULKER (P.) — <i>Hôtel-Dieu</i> : PATEL (J.) — <i>Pitié</i> : CORDIER (G.) — <i>Saint-Antoine</i> : GOSSET (J.) — <i>Salpêtrière</i> : SICARD (A.) — <i>Tenon</i> : OLIVIER (Cl.).	
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopéd. et traumat. (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) ..	GAUDART D'ALLAINES (F. DE)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec) ..	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades) ..	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilit. (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) .	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales :	
<i>Boucicaut</i> : MILLIEZ (P.) — <i>Broussais</i> : LENÈGRE (J.) — <i>Cochin</i> : JUSTIN-BESANÇON (L.), BROUET (G.) — <i>Hôtel-Dieu</i> : BARIÉTY (M.) — <i>Lariboisière</i> : SÈZE (S. DE) — <i>Pitié</i> : DREYFUS (G.) — <i>Saint-Antoine</i> : KOURILSKY (R.).	
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat) ..	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. DE)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales :	
<i>Baudelocque</i> : LACOMME (M.) — <i>Foch</i> (Suresnes) : MERGER (R.).	
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) .	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) ..	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades) ..	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) ..	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) ..	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Sémiologie médicale	DOMART (A.)
Sémiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Médecine	BOUR (H.), LHERMITTE (F.), PEQUIGNOT (H.)
----------------	---

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Anatomie :

MM. CABROL (C.); COLINAUD (C.);
GILLOT (C.); OLIVIER (G.), *pr. s. ch.*

Anatomie pathologique :

Mlle GAUTHIER-VILLARS (P.), *pr. s. ch.*; MM. ABELANET (R.); CHOMETTE (G.); GOUYGOU (Ch.), *m. conf.*; NEZELOFF (Ch.); ORCEL (L.); PAILLAS (J.).

Anesthésiologie :

MM. KERN (E.); VOURC'H (G.).

Bactériologie :

MM. BARBIER (P.), *pr. s. ch.*; CHRISTOL (D.); LE MINOR (L.); TOURNIER (P.).

Biochimie médicale :

MM. BAULIEU (Et.), *m. conf.*; BOURILLON (R.); CARTIER (P.); DREYFUS (J.-Cl.); GONNARD (P.); KRUH (J.); JEROME (H.).

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports : M. PLAS (F.).

Carcinologie :

MM. BOIRON (M.); DENOIX (P.); MATHÉ (G.); SELIGMANN (M.).

Dermato-Syphiligraphie :

MM. CIVATTE (J.); DUPERRAT (B.).

Electro-Radiologie :

M. LEDOUX-LEBARD (G.).

Hématologie :

MM. BESSIS (M.); BILSKI-PASQUIER (G.); DAUSSET (J.); DUHAMEL (G.).

Histologie :

MM. COUJARD (R.), *pr. s. ch.*; MAROIS (M.); RACADOT (J.).

Hydrologie :

MM. BESANÇON (F.); CORNET (A.).

Hygiène :

MM. BOYER (J.), *pr. s. ch.*; BLANCHER (G.); Mme CORRE-HURST (L.); SAPIN-JALOUSTRE (H.).

Maladies infectieuses :

MM. BASTIN (R.), *pr. s. ch.*; DUPONT (V.).

Médecine légale :

MM. FOURNIER (E.); GUENIOT (M.); HADENGUE (A.).

Médecine du travail : M. ALBAHARY (C.).

Neuro-chirurgie : M. PERTUISSET (B.).

Neurologie : M. LAPRESLE (J.).

Obstétrique :

MM. GRANJON (A.); HERVET (E.); LE LORIER (G.); LEVY (J.); MORIN (P.); MUSSET (R.); ROBÉY (M.); SENÈZE (J.); SUREAU (C.); THOYER-ROZAT (J.).

Ophthalmologie :

MM. BRÉGEAT (P.); DUBOIS (A.); SARAUX (H.).

Orthopédie :

MM. JUDET (R.); MEARY (R.); POSTEL (M.); RAMADIER (J.).

Oto-rhino-Laryngologie :

MM. DEBAIN (J.); PIALOUX (P.).

Parasitologie :

MM. GOLVAN (Y.); LAPIERRE (J.).

Pathologie chirurgicale :

MM. BARCAT (J.); BINET (J.-P.); CERBONNET (G.); CHATELIN (C.-L.); DUBOST (Ch.); DUBOST (Cl.); FAUREL (J.); FLABEAU (F.); GARBAY (M.); GARNIER (H.); GAUDART-D'ALLAINES (Cl. de); GERMAIN (A.); LATASTE (J.); LOYGUE (J.); MERCADIER (M.); NATALI (J.); PELLERIN (D.); PERROTIN (J.); ROBERT (H.); THOMERET (G.).

Pathologie exotique : M. SCHNEIDER (J.).

Pathologie expérimentale :

MM. BENHAMOU (J.-P.); BERTHAUX (P.); BOVIN (P.); CROSNIER (J.); HARTMANN (L.); LÉPER (J.), *pr. s. ch.*; MAURICE (J.); MIKOL (Cl.); RICHET (G.).

Pathologie médicale :

MM. AUSSANNAIRE (M.); BOUVIER (J.); BOUVRAIN (Y.); BRICAIRE (H.); BRISSAUD (H.); BROCARD (H.); BUGÉ (A.); CATINAT (J.); CHRÉTIEN (J.); COBLENTZ (B.); CONTAMIN (F.); COURY (C.); ETIENNE (J.-P.); FREZAL (J.); FRITEL (D.); HENNEQUET (A.); HIMBERT (J.); HOUSSET (E.); LAROCHE (Cl.); LESOBRE (R.); LÉVÈQUE (B.); MACREZ (C.); MOREAU (L.); NICK (J.); ROYER (P.); TOURNEUR (R.); WOLFROMM (R.).

Pédiatrie-Puériculture :

MM. LAFOURCADE (J.); LEPERCQ (G.); MANDE (R.); MOZZICONACCI (P.); POLONOVSKI (C.); ROSSIER (A.); VIALATTE (J.).

Pharmacologie :

MM. BOISSIER (J.); LECHAT (P.).

Physiologie :

MM. BARRES (G.); DEJOURS (P.),
pr. s. ch.; DURAND (J.); GIRARD *m.*
conf.; HUGELIN (A.); SCHERRER (J.).

Physique médicale :

MM. CHANTEUR (J.); GOUGEROT (L.),
m. conf., *pr. s. ch.*; GREMY (F.), *m.*
conf.; MILHAUD (G.); PELLERIN (P.);
ROUCAYROL (J.-Cl.); TUBIANA (M.),
m. conf.

Pneumo-phtisiologie :

MM. KREIS (B.); MEYER (A.);
RENAULT (P.).

Psychiatrie : M. PICHOT (P.).

Psychiatrie infantile :

MM. DENIKER (P.); DUCHE (D.);
FLAVIGNY (H.).

Rhumatologie : M. DELBARRE (F.).

pr. s. ch.

Stomatologie :

MM. CERNEA (P.); Mme CHAPUT
(A.), *m. c. agr.*; M. GRELLET (M.).

Thérapeutique :

MM. CHASSAGNE (P.); MARCHE (J.).

Urologie :

MM. AUVERT (J.); MOULONGUET (A.);
QUENU (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. DEBEYRE (J.).

Clinique chirurgicale : VERNE (J.-M.).

Clinique médicale :

MM. PERRAULT (M.); RAMBERT (P.);
THIEFFRY (S.).

Clinique obstétricale :

MM. GRASSET (J.); MAYER (M.).

Clinique ophtalmologique :

MM. DESVIGNES (P.); OFFRET (G.).

Clinique pédiatrique et puériculture :

M. LAPLANE (R.).

Clinique psychiatrique : M. BARUK (H.).

Clinique urologique : M. KUSS (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie M. HAUDUIROY (P.), *prof. sans chaire*

Pathologie chirurgicale M. RUDLER (J.), *prof. sans chaire*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté M. LENA (J.)

Secrétaire principal Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque,
Conservateur du Musée d'Histoire de la
Médecine

Conservateurs

Bibliothécaire

M. le Docteur HAHN (A.)

Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.),
QUIÉVREUX (E.)

Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),

Mlle LAURENT (H.)

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises
dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres
à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MES FILS OLIVIER ET THIERRY

A MA FILLE VALÉRIE

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUTE MA FAMILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LACOMME

Professeur de la Chaire de Chirurgie Obstétricale
à l'Hôpital Baudelocque

Accoucheur des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

Hommages respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CRAMER

Médecin des Hôpitaux du Havre

Qui a inspiré le sujet de cette thèse.

*Qu'il trouve ici l'expression de toute ma
gratitude.*

A MES CAMARADES DE L'INTERNAT

A TOUS MES AMIS

HISTORIQUE

Nous rapportons deux observations d'hypopituitarisme qui viennent s'ajouter aux descriptions maintenant nombreuses qui firent suite aux travaux de SIMMONDS et, plus récemment, en 1937, au mémoire de SHEEHAN.

Parmi les diverses étiologies relevées, il faut signaler les tumeurs, les kystes, les granulomes, la tuberculose, plus rarement la syphilis et la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann.

Mais la cause la plus fréquente est la nécrose ischémique survenant après un accouchement compliqué.

Ce syndrome d'hypopituitarisme par nécrose puerpérale du lobe antérieur de l'hypophyse fut individualisé par SHEEHAN.

Les différentes vérifications anatomiques pratiquées ont montré qu'il s'agissait d'un infarctus ischémique débutant au moment de la complication obstétricale.

Cette nécrose détruit presque entièrement le lobe antérieur, respectant le lobe postérieur et la tige pituitaire.

SIMMONDS pensait qu'elle était due à de petites embolies septiques survenant au décours de la septicémie puerpérale.

Mais il semble qu'elle soit liée à l'existence d'un collapsus circulatoire, dû soit à un choc, soit à une hémorragie.

L'arrêt de l'irrigation locale entraînant la thrombose des petits vaisseaux.

Par ailleurs, on note une atrophie des glandes qui sont sous la dépendance de l'hypophyse : thyroïde, surrénales, ovaires, pancréas.

Les différentes observations montrent que, cliniquement, dans les jours qui suivent l'accouchement, il n'y a pas de montée laiteuse, la malade est extrêmement faible.

Puis, dans les mois qui suivent, on constate une aménorrhée, une asthénie et une frilosité très importantes.

La pilosité pubienne et axillaire disparaît.

La bradypsychie est très nette.

La durée de survie des malades est variable, deux à trois ans, parfois dix ans et même vingt ans ; la mort survient le plus souvent au cours d'un coma.

Le premier cas d'hypopituitarisme décrit par SIMMONDS, en 1916, était lié à une nécrose du post-partum (syndrome de Sheehan).

Il s'agissait d'une femme de quarante-six ans qui avait présenté un coma mortel. Ce coma survenant onze ans après un accouchement difficile, compliqué d'infection puerpérale.

Notre première observation se superpose exactement à cette observation princeps de SIMMONDS.

Il s'agit, en effet, d'une malade de quarante-six ans qui est hospitalisée pour un coma survenant onze ans après un accouchement hémorragique.

Seule l'évolution fut différente, notre malade ayant survécu.

Notre deuxième observation rapporte le cas d'une femme de cinquante-quatre ans qui est hospitalisée pour des syncopes et qui a présenté vingt ans auparavant un accouchement difficile avec hémorragie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

Madame P..., âgée de quarante-six ans, est hospitalisée le 28 août 1958 pour coma.

L'interrogatoire de la famille permet de retrouver dans les antécédents de la malade :

- des syncopes fréquentes ;
- une hypotension permanente ;
- des nausées ;
- une asthénie et une frilosité importantes ;
- deux grossesses normales ;
- puis un *accouchement prématuré* (six mois) à l'âge de trente-cinq ans avec hémorragie et infection. L'enfant n'ayant pas survécu. Cet accouchement fut suivi de douleurs abdominales et surtout *d'aménorrhée*.

Les jours précédant son entrée, la malade avait présenté de la diarrhée et une asthénie encore plus considérable, puis elle s'était installée progressivement dans son coma.

EXAMEN

La malade est d'une pâleur cireuse, inerte, ne répondant pas aux questions, ne réagissant pas au pincement.

Les réflexes tendineux sont abolis.

Le cutané plantaire est indifférent.

L'examen des phanères montrent l'absence de sourcils à la partie externe, la disparition presque totale de la pilosité pubienne.

Cet aspect est le seul élément d'orientation clinique du coma.

La température est à 37° ; le pouls à 70 ; la tension artérielle à 12-7.

Les examens de laboratoire pratiqués à ce moment montrent :

— Urée sanguine	0,26 g
— Cholestérol	2,50 g
— Protides	73 g
— Prothrombine	100 %
— Thymol	1 unité
— Hanger	négatif
— Bilirubine	inférieur à 15 mg

Numération globulaire :

— Globules rouges	3.610.000
— Globules blancs	5.600

Hémoglobine : 80 % (méthode de Gowers).

Valeur globulaire : 1,11.

Formule leucocytaire :

— Lymphocytes et moyens mononucléaires ..	17
— Grands mononucléaires	2,5
— Polynucléaires neutrophiles	74,5
— Polynucléaires éosinophiles	6

100,0

mais surtout *glycémie* à 0,50.

Urines :

- absence de sucre ;
- absence d'albumine ;
- absence de barbiturique.

Une thérapeutique glucosée est instituée, la glycémie remonte et la malade sort peu à peu de son coma.

— Le lendemain 29 août, la malade est apathique, parlant à peine, lentement, d'une voix rauque, s'alimentant légèrement.

La glycémie est à 1,05 g.

— Le 31 août, elle présente une hypothermie à 35°.

— Le 1^{er} et le 2 septembre, la température remonte aux environs de 36°-36°5, l'état est stationnaire.

— Le 3 septembre, la malade retombe dans le coma.

Il n'y a toujours pas de réaction aux pincements, les réflexes sont abolis, mais on note un Babinski bilatéral, surtout net à gauche.

La glycémie est à 0,30 g.

Ionogramme :

- sodium : 125 mEq ;
- potassium : 4,5 mEq.

On institue la thérapeutique suivante : glucose, cortisone, extrait cortico-surrénal total, acide glutamique, protéolysat.

— Le 4 septembre, la malade réagit aux pincements.

On ajoute à la thérapeutique le propionate de testostérone.

— Le 5 septembre, l'état est stationnaire, il s'agit toujours d'un coma vigil.

Les réflexes tendineux sont abolis.

Le cutané plantaire se fait en extension, surtout à gauche.

Les membres supérieurs sont contracturés en flexion.

La vitesse de sédimentation est de :

- après 1 heure : 47 mm ;
- après 2 heures : 73 mm.

— Le 6 septembre, l'amélioration est très nette, la malade ouvre les yeux, gémit, réagit aux pincements.

On note la réapparition discrète des réflexes rotuliens, les achilléens étant toujours abolis, le Babinski bilatéral est toujours net. Les contractures des membres supérieurs ont disparu.

Le fond d'œil est normal.

Les jours suivants, l'amélioration se confirme.

— Le 8 septembre, la malade gémit, grogne, reste les yeux ouverts, semble avoir conscience du monde extérieur.

Toutefois, elle présente des clochers thermiques importants.

— Le 9 septembre, elle répond par oui et par non.

Un nouvel ionogramme montre :

— sodium : 130 mEq ;

— potassium : 3,8 mEq.

Il semble donc y avoir une fuite due à l'administration de glucose malgré l'adjonction de potassium.

— Le 10 septembre, elle compose une phrase.

— Le 20 septembre, elle recommence à s'alimenter.

Dans les semaines qui suivent, l'amélioration reste constante, l'état physique est excellent, mais des troubles psychiques apparaissent, troubles psychiques faits d'épisodes confusionnels avec bouffées délirantes et hallucinations.

Un électro-encéphalogramme est pratiqué le 8 décembre 1958 ; il montre :

a) Au repos : le rythme de base est à 10 c/s bilatéral, mais un peu plus ample à droite, il s'efface à l'ouverture des yeux alors qu'apparaissent des pointes occipitales peu amples.

— L'élément caractéristique du tracé est constitué par la présence dans toute la région temporale de l'hémisphère gauche d'anomalies peu importantes à type d'ondes lentes et d'ondes aiguës peu amples associées à quelques pointes, ces anomalies diffusent d'une façon peu importante dans la région du cortex.

b) L'hyperpnée apporte peu de modification au tracé, de même que la S.L.I.

En conclusion, tracé peu altéré mais anormal montrant de discrètes altérations dans la région temporale de l'hémisphère gauche.

Le changement de corticoïde et la diminution de la dose grâce à l'adjonction d'hormone somatotrope, l'administration d'acide glutamique, d'extraits thyroïdiens, avec prudence, amènent une régression sensible de ces troubles.

De nombreux examens de laboratoire ont été pratiqués :

— Le 9 septembre 1958 :

17-Cétostéroïdes :

— Volume	250 cm ³ par 24 heures
— Elimination par litre	8 mg %
— Elimination par 24 heures	2 mg

11-Oxystéroïdes :

— Elimination par litre	2 mg %
— Elimination par 24 heures	0,5 mg

— Le 9 janvier :

17-Cétostéroïdes :

— Volume	1.100 cm ³
— Elimination par litre	3 mg
— Elimination par 24 heures	3,3 mg

11-Oxystéroïdes :

— Elimination par litre	1 mg
— Elimination par 24 heures	1,1 mg

— Le 18 septembre :

Gonadotrophine hypophysaire :

— Volume	650 cm ³
— Taux inférieur à 5 unités-souris par litre, soit	3 unités-souris par 24 h

— Le 7 novembre :

Radiographie du crâne :

La selle turcique est petite, sans autre anomalie visible.

— Le 27 octobre :

Métabolisme de base :

— Volume en 6 mn	311
— Oxygène fixé	2,4
— Quotient respiratoire	0,95
— Calories par heure	40,7
— Correction p. température	0,94
— Surface (taille: 1,55 m; poids: 55 kg) : environ	1,53 m ² .
— Métabolisme basal	25
— Normal à 46 ans	36
— Différence	— 11

Soit une diminution de 31 %.

— Le 16 novembre : E.C.G. micro-voltage.

— Le 9 novembre : Kalmer-Xahn-Kline négatifs.

La malade quitte le Service pour rentrer chez elle le 2 janvier 1959, l'état physique étant toujours excellent, l'état psychique toujours assez instable.

MECANISME DU COMA

SHEEHAN relève 130 cas de comas hypophysaires dans la littérature mondiale.

Ils surviennent donc avec une relative fréquence.

Cliniquement, on distingue deux aspects possibles :

- le coma flasque avec abolition des réflexes ;
- le coma spastique avec rigidité musculaire très importante et s'accompagnant souvent d'un signe de Babinski.

Au point de vue pathogénique, on a décrit :

- le coma par hypoglycémie ;
- le coma en rapport avec les modifications de la température ;
- enfin, le coma dû à des altérations de l'équilibre électrolytique, dont on peut décrire deux formes.

La première marquée par un abaissement du chlore et du sodium sanguins et une augmentation du potassium.

La deuxième en rapport avec une surcharge hydrique.

Le coma décrit dans notre première observation présente une sorte de synthèse des différents aspects que nous venons de rapporter.

Nous y trouvons, en effet, lors du premier épisode, l'aspect flasque avec abolition des réflexes, puis lors du second épisode, l'aspect spastique avec contractures des membres supérieurs, signe de Babinski et modifications de la courbe thermique.

Par ailleurs, au point de vue biologique, on retrouve la diminution du sodium et surtout l'abaissement de la glycémie (0,30 g).

Et il semble que ce soit là le fait prédominant, ce coma pouvant être étiqueté : coma hypoglycémique d'origine hypophysaire.

Résumé de l'observation n° 1

Il s'agit donc d'une malade qui, à l'âge de quarante-six ans, a présenté un coma hypophysaire réversible onze ans après un accouchement hémorragique.

Le signe biologique marquant de ce coma étant l'hypoglycémie.

L'interrogatoire de la famille révélant les antécédents et l'aspect de cette malade, font penser au syndrome de Sheehan.

Le diagnostic d'insuffisance hypophysaire est confirmé par les examens de laboratoire :

- cholestérol sanguin : subnormal ;
 - chute des 17-cétostéroïdes et des 11-oxystéroïdes urinaires ;
 - diminution considérable des gonadotrophines hypophysaires ;
 - et enfin, diminution très nette du métabolisme de base.
-

OBSERVATION N° 2

Madame M..., cinquante-quatre ans, est hospitalisée le 8 janvier 1959 pour des syncopes fréquentes.

L'interrogatoire de la malade et de la famille permet de retrouver dans les antécédents :

- l'apparition d'œdème des membres inférieurs il y a un an, qui ont régressé assez rapidement ;
- mais surtout, vingt ans auparavant, en 1938, la malade a présenté un accouchement difficile avec hémorragie ; l'enfant étant mort-né. Il n'y eut pas de montée laiteuse ; cet accouchement fut suivi *d'aménorrhée*.

Depuis ce moment, on note une asthénie et une frilosité très importante.

EXAMEN

- La malade est pâle, légèrement jaune.
- Il n'y a pas d'infiltration des téguments.
- Les cheveux sont fins et abondants.
- Les sourcils ont presque complètement disparu.
- Il en est de même de la pilosité pubienne et axillaire.
- L'élocution est lente, la voix rauque.
- Il n'y a pas de signe neurologique.
- On perçoit quelques râles humides aux deux bases pulmonaires.
- Les bruits du cœur sont sourds, le rythme est normal.
- La tension artérielle est à 12-7.
- La température à 36°4.

De nombreux examens de laboratoire sont pratiqués.

Hémogramme pratiqué quelques jours avant son entrée :

— Globules rouges	3.996.000
— Globules blancs	4.840

Formule leucocytaire :

— Polynucléaires neutrophiles	35
— Polynucléaires éosinophiles	19
— Polynucléaires basophiles	2
— Monocytes	6
— Lymphocytes	38

Hémogramme du 10 janvier 1959 :

— Globules rouges	3.200.000
— Globules blancs	4.200

Hémoglobine : 78 % (méthode de Gowers).

Valeur globulaire : 1,21.

Formule leucocytaire :

— Polynucléaires neutrophiles	35
— Polynucléaires éosinophiles	5,5
— Polynucléaires basophiles	3
— Lymphocytes	55
— Monocytes	1,5
	100,0

Légère anisocytose.

Très légère anisochromie.

Analyse de sang :

— Glycémie	1,09 g
— Cholestérol	2,14 g
— Urée	0,25 g
— Thymol	2 unités
— Hanger	négatif

Urines :

- Absence de sucre.
- Traces d'albumine.

Gonadotrophines hypophysaires du 11 février 1959 :

Taux inférieur à 30 unités par litre.

17-Cétostéroïdes du 29 janvier 1959 :

— Volume	750 cm ³
— Elimination par litre	5,2 mg
— Elimination par 24 heures	4 mg

11-Oxystéroïdes :

— Elimination par litre	0,9 mg
— Elimination par 24 heures	0,7 mg

Métabolisme de base du 12 janvier 1959 :

— Volume en 6 mn	24,1
— Oxygène fixé	3,5
— Quotient respiratoire	0,80
— Calories par heure	37
— Correction p. température	092
— Surface (taille : 1,53 m ; poids : 54 kg) : 1,50 m ² environ.	
— Métabolisme de base	23
— Métabolisme normal à 54 ans ..	35
— Différence	— 12

Soit une diminution de 34 %.

Métabolisme de base du 28 janvier 1959 :

— Métabolisme basal	22
— Différence	— 13

Soit une diminution de 37 %.

Radiographie du crâne :

Pas d'image anormale visible au niveau du crâne.

La selle turcique est normale.

E.C.G. : micro-voltage.

Radiographie pulmonaire :

L'aspect pleuro-pulmonaire est radiologiquement normal.

Examen ophtalmologique :

— Fond d'œil droit-gauche : athérome banal.

— Pupilles : normales.

— Champ visuel : normal.

Cette malade a été traitée par :

— les extraits thyroïdiens, puis l'hormone thyroïdienne ;

— l'acide glutamique ;

— le méprobamate ;

— l'extrait cortico-surrénal total ;

— la delta-cortisone.

Son état physique s'est amélioré : les épisodes syncopaux ont disparu, l'asthénie a diminué.

Mais des troubles psychiques sont apparus.

Elle a, en effet, présenté un syndrome confuso-onirique apparaissant par bouffées.

Ces troubles ont d'ailleurs régressé, mais la bradypsychie est restée importante.

Cette malade a quitté le Service le 7 février 1959.

Résumé de l'observation n° 2

Il s'agit d'une femme de cinquante-quatre ans qui est hospitalisée pour une asthénie importante et une tendance syncopale.

L'interrogatoire de la malade et de la famille permet de retrouver, dans les antécédents, un accouchement hémorragique avec enfant mort-né vingt ans auparavant.

L'aspect clinique peut faire penser à un myxœdème, toutefois il n'y a pas d'infiltration des téguments, et les examens de laboratoire viennent d'ailleurs confirmer le diagnostic d'hypopituitarisme, l'insuffisance thyroïdienne étant la plus marquée ; le métabolisme de base est en effet diminué de 35 %.

L'évolution se fait vers une amélioration physique importante.

Les troubles psychiques sont plus longs à régresser et il persiste une bradypsychie assez nette.

ETUDE DES TROUBLES PSYCHIQUES

Nos deux malades ont présenté des épisodes confusionnels avec bouffées délirantes et hallucinations.

Ces troubles psychiques étaient-ils dus à l'administration de corticoïdes, en particulier de cortisone, où faisaient-ils partie du syndrome proprement dit ?

— De nombreuses études ont montré qu'il existait un rapport entre les atteintes de l'hypophyse et les troubles mentaux. En particulier, il existe une relation entre l'hypophyse et les psychoses maniaco-dépressives, il s'agit d'ailleurs bien souvent d'hyperfonctionnement hypophysaire.

— Les diverses publications consacrées au syndrome de Sheehan décrivent les malades comme étant apathiques, indifférentes, répondant aux questions avec un temps de latence important, parlant lentement, montrant peu d'intérêt pour leur famille, leur maison.

Certains auteurs relèvent l'existence d'épisodes de psychose, le plus souvent de nature dépressive.

Or nos deux malades, avant leur hospitalisation, présentaient bien une asthénie physique et psychique, mais nous n'avons pas retrouvé l'existence de ces épisodes psychotiques.

Au contraire, ces derniers sont apparus après l'administration de cortisone et ont considérablement diminué avec le changement de corticoïde et la diminution des doses.

Il semble donc que ces malades présentent une aptitude particulière à faire des accidents confusionnels et que ces accidents peuvent être déclenchés par la cortisone.

THERAPEUTIQUE

Nos deux malades ont quitté le Service en ayant comme traitement de base des corticoïdes.

Mais, au cours de leur séjour, les problèmes posés ne furent pas les mêmes.

- *Notre première malade*, Madame P..., a été hospitalisée pour un coma.

Le signe biologique marquant étant l'hyperglycémie à 0,50, puis à 0,30.

Nous avons donc institué la thérapeutique sucrée :

— sérum glucosé iso et hypertonique.

Nous y avons ajouté l'extrait cortico-surrénal total, des toni-cardiaques et des antibiotiques.

La malade a repris conscience assez rapidement.

Mais quarante-huit heures plus tard, elle retombait dans le coma.

Nous avons continué la thérapeutique sucrée en y ajoutant :

- l'acide glutamique ;
- le propionate de testostérone ;
- et surtout la cortisone.

A ce moment, la malade recevait donc par vingt-quatre heures :

- 1 flacon de 500 cm³ de sérum glucosé ;
- 1 flacon de 500 cm³ de sérum glucosé plus 2 g de chlorure de potassium ;
- 1 flacon de 500 cm³ de sérum glucosé plus de l'acide glutamique ;
- 1 flacon de 500 cm³ de sérum glucosé plus de l'extrait cortico-surrénal total ;
- 1 flacon de 500 cm³ de sérum physiologique ;
- 2 injections intra-musculaires de cortisone à 25 mg ;
- 1 million de pénicilline ;
- 1 g de streptomycine ;
- et 50 mg de propionate de testostérone toutes les quarante-huit heures.

La thérapeutique ainsi instituée a dû être poursuivie pendant assez longtemps et elle n'était pas sans entraîner une fuite potassique que nous arrivions assez difficilement à compenser.

Par ailleurs, le coma se prolongeant, le problème de l'alimentation de la malade se posait.

Nous l'avions résolu en ajoutant simplement aux deux sérums du protéolysat.

Le mode d'administration de l'ensemble de cette thérapeutique étant surtout intra-veineuse, nous avons dénudé les deux saphènes internes.

La malade étant enfin sortie de son coma et ayant recommencé à s'alimenter trois semaines environ après son entrée, le traitement d'entretien a été institué :

- cortisone ;
- chlorure de potassium ;
- propionate de testostérone ;
- pénicilline et streptomycine ;
- extrait thyroïdien à petite dose (10 cg) ;
- extrait cortico-surrénal total.

Mais si l'état physique s'améliorait considérablement, les troubles psychiques apparaissaient.

L'hormone somatotrope (50 unités Evans) fut ajoutée pendant un mois, le corticoïde changé et la dose diminuée.

Nous donnions en effet, à ce moment, 25 mg de delta-cortisone. Et lorsque la malade a quitté le Service, elle recevait :

- acide glutamique ;
- chlorure de potassium ;
- extrait thyroïdien ;
- delta-cortisone ;
- propionate de testostérone : 50 mg une fois par semaine.

• *Notre deuxième malade* a été traitée tout d'abord par :

- l'extrait thyroïdien ;
- la thyroïdostimuline ;
- l'extrait cortico-surrénal total.

L'état physique s'est légèrement amélioré, le métabolisme de base restant très diminué (37 %).

Nous avons alors institué le traitement suivant :

- acide glutamique ;
- delta-cortisone.

Ici encore, les troubles psychiques ont été les plus difficiles à vaincre malgré l'adjonction de tranquillisants.

DISCUSSION

L'insuffisance hypophysaire produit par la nécrose ischémique étant un syndrome absolument pur, la thérapeutique en paraît simple et parfaite.

1) *L'administration d'hormones hypophysaires* semble théoriquement satisfaisante.

On pense surtout d'ailleurs aux diverses stimulines alors qu'il faudrait également tenir compte des fonctions métaboliques propres de la glande.

Selon certaines observations, la thyroestimuline associée à l'extrait thyroïdien entraînerait une grande amélioration clinique et augmenterait notablement le métabolisme de base.

Mais ce ne fut pas le cas pour notre dernière malade.

2) *Les greffes de glande*, en particulier, les transplantations d'hypophyse animale n'apporteraient que peu d'amélioration. Il semble que les transplantations homoplastiques donneraient des résultats plus intéressants.

3) On a également pensé à la *stimulation des restes de l'hypophyse*.

L'endomètre étant régénéré par l'administration de diverses hormones (œstrogène, progestérone, gonadotrophine), la stimulation hypophysaire se trouverait réalisée dans de très rares cas par une nouvelle grossesse.

4) En réalité, le traitement le plus actif est le *traitement substitutif* ; on utilise :

- le propionate de testostérone ;
- l'extrait thyroïdien ;
- les corticoïdes.

En fait, l'extrait thyroïdien paraît assez peu efficace et, à fortes doses, il a pu entraîner quelques accidents.

« La cortisone représente une médication de premier plan » (SHEEHAN). Après son administration, nous avons constaté une amélioration considérable chez notre première malade.

Mais, comme nous l'avons vu, elle peut entraîner des troubles psychiques graves.

On peut alors avoir recours à d'autres corticoïdes.

CONCLUSIONS

Nous avons présenté deux observations de syndrome de Sheehan. Elles nous ont semblé intéressantes :

- la première, parce qu'elle a posé le diagnostic de garde d'un coma et parce que ce coma a été réversible ;
- la deuxième, parce qu'il s'agissait d'une malade se plaignant de petites syncopes et chez laquelle le diagnostic d'hypopituitarisme de post-partum ne fut porté que vingt ans après un accouchement hémorragique.

Ce syndrome nous apparaît donc comme non exceptionnel, nous rejoignons ici les divers auteurs, puisque ces deux malades furent hospitalisées à la même époque.

Même si l'on parle de coïncidence, ce diagnostic doit être évoqué souvent.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
LACOMME

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

- ALBEAUX-FERNET (M.). — Le syndrome de H.L. Sheehan. (*Gaz. Méd. France*, décembre 1955, 62, n° 23, 1717-1718.)
- ALBEAUX-FERNET (M.), CHABOT (J.), ROMANI (J.D.) et TXHOBROUTSKY. — Un cas de nécrose hypophysaire du post-partum. Etude biologique et biopsie du foie. (*B.M. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1956, 72, n° 5-6, 139-152, bibliogr.)
- BASSET, LAMAUD et LAGRANGE (M.). — A propos d'un syndrome de Sheehan. (*Limousin Méd.*, décembre 1943, n° 7, 14-17.)
- BARCELLS GORINA (A.). — Le myxœdème hypophysaire du post-partum dans la maladie de Simmonds. Syndrome de Sheehan. (*Bull. Inst. Path. Méd.*, octobre 1954, 9, n° 10, 181-188, bibliogr.)
- BÉNARD (H.) et coll. — Insuffisance hypophysaire. (*Rev. Prat.*, 1^{er} décembre 1953, 3, n° 31, 2279-2295.)
- BERGER (J.). — Le diagnostic différentiel du syndrome de Sheehan: 2 cas avec aménorrhée utérigène. (*Gynaecologia*, octobre 1955, 140, n° 4, 243-249, bibliogr., texte allemand.)
- BISHOP (P.M.F.) et NOWBRAY (R.R. DE). — Maladie de Simmonds « post-partum » avec grossesse subséquente et amélioration spontanée. (*Proc. Roy. Soc. Med.*, février 1951, 44, n° 2, 163-164.)
- BOULET (P.), SERRE (J.), MIROUZE (J.) et DUNTZE (F.). — Etude d'un syndrome de Sheehan à forme d'anémie grave. (*Montpellier Méd.*, septembre-octobre 1955, 98, n° 2, 149.)
- BOURRILLON (J.). — Syndrome de Sheehan. (*Gaz. Méd. France*, mai 1951, 58, n° 9, 587-588, bibliogr.)
- BRUEGGER DE TRAY (Y.), ERNST (J.P. D') et ENCEL (E.). — Intoxication par l'eau avec coma dans un syndrome de Sheehan. (*Praxis*, 23 avril 1959, 48, n° 17, 430-432, bibliogr., texte franç.)
- BURLAUD (R.). — Syndrome de Sheehan. (*Thèse*, Bordeaux, 27 juillet 1951, n° 109, 90 p.)
- CELBAUM (M.H.). — Les variations des troubles de la fonction endocrinienne dans l'hypopituitarisme du post-partum. (*Brit. Med. J.*, 19 juillet 1952, n° 4.776, 110-113, bibliogr.)

- CHENEAU (J.). — À propos d'une observation de maladie de Sheehan. (*Thèse, Toulouse*, juillet 1952, n° 61, 50 p.)
- CLARK (E.) et coll. — Nécrose « post-partum » de l'adéno-hypophyse avec convulsions hypoglycémiques. (*Arch. Neurol. Psych.*, juin 1951, 65, n° 6, 724-731, bibliogr.)
- COOK (J.E.) et coll. — La nécrose post-partum du lobe antérieur de l'antéhypophyse : la maladie de Sheehan. (*Arch. Int. Méd.*, avril 1951, 87, n° 4, 517-532.)
- DECOURT (J.), MICHARD (J.P.), BERNARD, WEIL (E.). — Le coma hypopituitarien (à propos de 3 observations). (*Semaine des Hôpitaux de Paris*, 12 octobre 1958, 34, 2331.)
- DONTIGNY (P.). — Nécrose post-partum du lobe antérieur de l'hypophyse (syndrome de Sheehan). (*Bull. Union Méd. Canada*, février 1953, 82, n° 2, 159-163, bibliogr.)
- FABREGOULE (M.), GROS (A.) et MONDZAIN-LEMAIRE (Mlle M.L.). — Un cas de nécrose hypophysaire du post-partum (syndrome de Sheehan). (*Algérie Méd.*, août 1957, 61, n° 8, 907-913, bibliogr.)
- FAJANS (S.). — Hyperthyroïdie chez une malade avec nécrose hypophysaire des suites de couches. (*J. of Clin. Endocr.*, mars 1958, 18, n° 3, 271-277, bibliogr.)
- FERIN (J.). — Syndrome de Sheehan. Etude clinique. (*Gynéco-Obstétrique*, 1955.)
- FLORIAN (J.) et WUTERLE (A.). — L'aspect clinique de l'insuffisance partielle post-partum, du lobe antérieur de l'hypophyse. (*Munch. Med. Wschr.*, 28 septembre 1956, n° 59, 1313-1317, 3 fig., bibliogr., résumé franç.)
- FORSTER (R.). — Aspects obstétrico-gynécologiques du syndrome de Sheehan. (*Gynaecologia*, juin 1954, 137, n° 6, 345-359, bibliogr.)
- GADRAT (J.), QUERCY et ANDRÉE (Mlle). — Hypopituitarisme par nécrose antihypophysaire du post-partum (syndrome de Sheehan). (*B.M. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1956, 72, n° 27-28, 918-926, bibliogr.)
- GALVEZ (J.) et SANCHEZ AGESTA (A.). — Nécrose hypophysaire des suites de couches (syndrome de Sheehan). Présentation d'un cas. (*Acta Ginex*, 1954, 5, 551-558, bibliogr.)
- GARCIA (E.L.), IGLESIAS (A.M.), CARRIDO (T.), MONEU (A.M.) et GUEDES (J.R.). — Syndrome de Sheehan. (*Rev. Clin. Espan.*, 15 janvier 1958, 68, n° 1, 36-39, bibliogr.)
- GAYRAL (L.), BARRÈRE (L.) et TURNIN (K.). — Cachexie endocrinienne grave du type maladie Simmonds post-traumatique. (*Rev. Oto-Neuro-Ophth.*, 1957, 29, n° 6, 357-358.)
- GENNES. — La cachexie hypophysaire. (*Policlinico, Sez. Prat.*, 5 septembre 1959, 56, n° 36, 1088-1089.)

- GHIKITCH. — Un cas grave de syndrome de Sheehan. (*Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst.*, 1955, 7, n° 5 bis, 426-427.)
- GOLD (E.M.) et LIBRACH (S.). — Syndrome de Sheehan consécutif à un afibrinogénémie prouvée et traitée. (*Am. J. Obst. Gyn.*, juillet 1957, 74, n° 1, 190-192, bibliogr.)
- GOTTWALD (Q.). — A propos de l'étiologie et de la clinique de la maladie de Simmonds. (*Acta Neuro-Veget.*, 1955, 12, n° 1-2, 135-144, bibliogr.)
- GUINET (P.) et coll. — Une nouvelle observation de maladie de Simmonds post-puerpérale. (*Lyon Méd.*, 4 octobre 1953, 85, n° 40, 218-244.)
- Les indications thérapeutiques dans la maladie de Simmonds post-puerpérale (syndrome de Sheehan). (*Lyon Méd.*, 4 octobre 1953, 85, n° 40, 209-217, bibliogr.)
- HERLANT (M.). — Le syndrome de Sheehan. Etude anatomo-pathologique. (*Gynec. Obst.*, suppl. 1955, 7, n° 2 bis, 120-128, bibliogr.)
- HEYDE (E.C.). — Un syndrome de Sheehan (par hypopituitarisme « post-partum »). (*Arch. Int. Méd.*, septembre 1953, 92, n° 3, 442-445.)
- HAUSSMANN (W.) et coll. — Deux cas de maladie de Simmonds dues à une nécrose post-partum et l'antéhypophyse. (*Brit. J.*, 28 avril 1951, n° 4.713, 924-926.)
- ISRAEL (L.S.) et CONSTON (A.S.). — Nécrose hypophysaire insoupçonnée (syndrome de Sheehan), cause de mort subite. (*J.A.M.A.*, 19 janvier 1952, 148, n° 3, 189-193.)
- JAVELAUD (G.). — Du syndrome de Sheehan. (*Thèse*, Bordeaux, 1954, n° 1, 31 p.)
- LAMBILLON (J.), SERVAIS (P.) et KABARE (A.). — Le syndrome de Sheehan en Afrique centrale. (*Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.*, 1955, 7, n° 5 bis, 422-423, bibliogr.)
- LARGIADER (F.). — Symptomatologie et traitement du syndrome de Sheehan. (*Schw. Med. Wschr.*, 13 septembre 1958, n° 37, 901-905, 3 fig., bibliogr.)
- LAURENT-MAYER (Mme M.T.). — Contribution à l'étude de la nécrose hypophysaire (maladie de Sheehan). (*Thèse*, Paris, n° 902, 46 p.)
- LENG-LÉVY et BURLAUD (R.). — Syndrome de Sheehan. Tri-syndrome thyro-cortico-surrénalo-ovarien antéhypophyséoprive du post-partum avec hémorragie ou avec choc. (*J. Méd. Bordeaux*, mai 1952, n° 5, 364-384, bibliogr.)
- LEREBOULLET (J.). — Le syndrome de Sheehan. Nécrose hypophysaire du post-partum. (*Rev. Prat.*, 21 mai 1952, 2, n° 15, 966.)
- LOO (P.). — Anorexie mentale, maladie de Simmonds, maladie de Sheehan. (*Ann. Méd. Psych.*, mars 1955, 113, n° 3, 369-375.)

- MAC GILLIVRAY (I.) et ADAMS (J.F.). — Panhypopituitarisme puerpéral. (*J. Obst. Gyn. Brit. Emp.*, décembre 1954, 61, n° 6, 743-783, bibliogr.)
- MAHAUX (J.). — Le syndrome d'hypothyroïdie secondaire de l'insuffisance hypophysaire. Syndrome de Simmonds-Sheehan. (*Sem. Hôp. Paris*, 28 février 1952, 28, n° 15, 643-653, bibliogr.)
- MUER (C.). — Syndrome endocrinien du post-partum et maladie de Sheehan. (*Gynaecologia*, avril 1954, 137, n° 4, 235-238, texte allemand.)
- NASSAR (G.) et coll. — La signification étiologique de l'ergot dans la fréquence de la nécrose du lobe antérieur de l'hypophyse dans les suites de couches. (*Am. J. Obst. Gyn.*, juillet 1959, 60, n° 1, 140-145, bibliogr.)
- NAVATTE (J.P.). — Contribution à l'étude de la nécrose hypophysaire du « post-partum » ou syndrome de Sheehan. (*Thèse*, Paris, février 1956, n° 131, 78 p.)
- NYIRI (I.). — Le syndrome de Sheehan. (*Zbl. Gyn.*, 31 mai 1958, 80, n° 22, 874-884, bibliogr.)
- OELBAUM (M.H.). — Les variations des troubles de la fonction endocrinienne dans l'hypopituitarisme du « post-partum ». (*Brit. Med. J.*, 19 juillet 1952, 1, 137-138, bibliogr.)
- OETTLE (M.). — Origine de l'insuffisance hypophysaire des suites de couches. (*Ztschr. Gebh. Gyn.*, 1954, 141, n° 3, 266-272, bibliogr.)
- PELLETIER (A.) et coll. — Syndrome de cachexie hypophysaire. Etude anatomoclinique. (*Laval Méd.*, février 1953, 18, n° 2, 181-186, bibliogr.)
- QUERIDO (A.) et coll. — L'hypopituitarisme du « post-partum ». (*Acta Med. Scand.*, 15 juillet 1954, 149, n° 4, 291-310, bibliogr.)
- SCHUPBACH (A.). — Myxœdème, post-partum et maladie de Simmonds. (*Schweiz. Med. Wschr.*, 30 juin 1951, n° 26, 610-613.)
- SHEEHON (L.). — Discussion sur la maladie de Simmonds. (*Proc. Roy. Soc. Med.*, avril 1958, 41, n° 4, 187-190, bibliogr.)
- SHEEHAN (H.L.). — La fréquence de l'hypopituitarisme des suites de couches. (*Am. J. Obst. Gyn.*, juillet 1954, 68, n° 1, 202-223, 10 fig., bibliogr.)
— Le coma hypopituitaire. (*Marseille Méd.*, 1958, 35, 559.)
- SHEEHAN (H.L.) et ALBEAUX-FERNET (M.). — L'hypopituitarisme par nécrose puerpérale du lobe antérieur de l'hypophyse. (*Encycl. Méd. Chir : Glandes endocrines*, février 1955, 10.023 C10, bibliogr.)
- STORTI (E.) et PEDERZINI (A.). — Un cas de syndrome polyendocrinien dû à un hypopituitarisme post-partum. (*Minerva Med.*, 19 novembre 1952, 43, n° 93, 981-985, bibliogr.)
- SROCZYNSKI (J.), GRZESIK (J.) et EOGOSINSKI (R.). — L'insuffisance post-prandiale du lobe antérieur de l'hypophyse (syndrome de Sheehan). (*Polski Tygodn. Lek.*, 4 août 1958, 13, n° 31, 1206-1211, bibliogr.)

- TARDY (Mlle). — La maladie de Simmonds-Sheehan post-puerpérale (2 observations personnelles). (*Thèse*, Lyon, 1953.)
- La maladie de Simmonds-Sheehan post-puerpérale (2 observations personnelles). (*Lyon Méd.*, 14 juin 1953, 188, n° 24, 458.)
- TETER (J.). — Aspects cliniques de l'hypopituitarisme post-gravidique (syndrome de Sheehan). (*J. Obst. Gyn. Brit. Emp.*, février 1959, 66, n° 1, 40-46, 2 tabl., 19 fig., bibliogr.)
- VIGNES (H.). — La nécrose hypophysaire post-partum. (*Presse Méd.*, 12-15 février 1941, n° 14-15, 177.)
- WILSON (L.A.). — L'insuffisance hypophysaire chez la femme. (*Lancet*, 31 janvier 1953, 264, n° 6753, 203-206, bibliogr.)
- X... — Grossesse et hypophyse antérieure. (*Rev. du Praticien*, 1^{er} septembre 1955, 5, n° 22, 2312.)
- ZOLLNER (N.). — Hypopituitarisme (syndrome de Sheehan) avec hyperlipémie et xanthome. (*Deutsche Med. Wschr.*, 1^{er} juillet 1955, 80, n° 26, 99-1002, bibliogr.)

